

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNEE 1950

THÈSE 267

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

Tijani SARRADJ

Ancien Interne de l'Hôpital Franco-Musulman

Présentée et soutenue publiquement le

CONTRIBUTION
AU DIAGNOSTIC ÉTIOLOGIQUE
DE LA CHORIO-RÉTINITE
DE JENSEN

Président : M. VELTER, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE ARNETTE

2. RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1957

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNEE 1950

THÈSE

N° _____

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

Tijani SARRADJ

Ancien Interne de l'Hôpital Franco-Musulman

Présentée et soutenue publiquement le



CONTRIBUTION AU DIAGNOSTIC ÉTIOLOGIQUE DE LA CHORIO-RÉTINITE DE JENSEN

Président : M. VELTER, Professeur

PARIS
LIBRAIRIE ARNETTE
2. RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1957

DOYEN HONORAIRE :

M. BAUDOUIN.

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. BAUDOUIN, BÉNARD (H.), CADENAT, CARNOT, CHABROL, CHAMPY, CHEVASSU, DELBET, DONZELOT, GASTINEL, GUILLAIN, HALPHEN, HARVIER, LAROCHE (G.), LAUBRY, LEMAITRE, LEMIERRE, LÉVY-SOLAL, LHERMITTE, LIAN, LOEPER, MARION, MATHIEU, MOCQUOT, MONDOR, MULON, OLIVIER (E.), OMBRÉDANNE, SANNIÉ, SÉZARY, TANON.

Doyen LÉON BINET.
Membre de l'Institut.
Assesseur JEAN VERNE.

I. — PROFESSEURS :

	MM.
Anatomie	CORDIER.
Anatomie pathologique	DELARUE.
Bactériologie	FASQUELLE.
Biologie appliquée à l'Education physique et aux Sports....	CHAILLEY-BERT.
Biologie médicale	N...
Cancérologie médicale et sociale	N...
Carcinologie	OBERLING (C.).
Chimie médicale	JAYLE (M.-F.).
	BROCQ (P.).
	DE GAUDART-
	d'ALLAINES.
Cliniques chirurgicales	MOULONGUET.
	QUÉNU (J.).
Clinique chirurgicale réparatrice et orthopédique.....	MERLE d'AUBIGNÉ.
Clinique de cardiologie	MOUQUIN (M.).
Clinique chirurgicale infantile et d'orthopédie.....	FÈVRE (M.).
Clinique de chirurgie pleuro-pulmonaire	MONOD.
Clinique de la Tuberculose	BERNARD (t.).
Clinique de Neuro-chirurgie	PETIT-DUTAILLIS.
Clinique de puériculture	LELONG.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	DEGOS.
Clinique des maladies du sang	CHEVALLIER.
Clinique des maladies du système nerveux	ALAJOUANINE.
Clinique des maladies des enfants	DEBRÉ.
Clinique des maladies infectieuses	MOLLARET.
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale	DELAY.
Clinique gynécologique	FUNCK-BRENTANO.
	BARIÉTY.
Cliniques médicales	JUSTIN-BESANÇON.
	MOREAU.
	DE GENNES.
Clinique médicale d'hydro-climatologie thérapeutique.....	DEBRAY.
Clinique médicale propédeutique	PASTEUR VALLERY-
	RADOT.
Clinique médico-sociale du diabète sucré et des maladies de la nutrition	BOULIN.
	LANTUÉJOUL.
Cliniques obstétricales	VARANGOT.
	LACOMME.
Clinique ophtalmologique	VELTER.
Clinique oto-rhino-laryngologique	AUBIN.
Clinique physio-pathologique des problèmes alimentaires (chaire à titre personnel)	RICHET.
Clinique psychiatrique infantile	HEUYER.
Clinique Rhumatologique et Sociale	COSTE.
Clinique stomatologique.....	DECHAUME.
Clinique thérapeutique chirurgicale	SÉNÈQUE.
Clinique thérapeutique médicale	LEMAIRE.

Clinique urologique	MM.
Embryologie	FEY.
Génétique	GIROUD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAMY.
Histologie	SOULIÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance	VERNE.
Hygiène et médecine préventive	CATHALA.
Médecine du travail	JOANNON.
Médecine légale	DESOILLE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	PIÉDELIEVRE.
Pathologie chirurgicale	GALLIARD.
Pathologie exotique	MÉNÉGAUX.
Pathologie expérimentale et comparée	LAVIER.
Pathologie humorale et immunologie expérimentale	LENÈGRE.
(Chaire à titre personnel).	
Pathologie médicale	MERKLEN.
Pathologie et thérapeutique générales	DECOURT.
Pédiatrie sociale	GARCIN.
Pharmacologie et matière médicale	MARIE.
Physico-chimie médicale (chaire à titre personnel)	HAZARD.
Physiologie	DOGNON.
Physique médicale	BINET (Léon).
Radiologie médicale	STROHL.
Technique chirurgicale	DESGREZ (Henri).
Thérapeutique	PATEL.
	TURPIN.

II. — PROFESSEURS SANS CHAIRE MAITRES DE CONFERENCES-AGREGES ET AGREGES

	MM.		
Anatomie	DELMAS. DEBEYRE. OLIVIER. CABROL. M ^{lle} GAUTHIER- VILLARS.	Obstétrique	GRASSET. LEPAGE. MERGER. MORIN. RAVINA. N... N...
Anatomie patholo- gique	BUSSER. GOUYGOU. NEVOT. N...	Ophtalmologie ..	DESIGNES. N...
Bactériologie	ETTORI. SCHAPIRA. POLONOWSKI.	Orthopédie	JUDET. AUBRY.
Biochimie médic.	BOURLIÈRE.	Oto-rhino-laryng.	MADURO.
Biologie médic. .	DUPERRAT.	Parasitologie	CHABAUD. BRUMPT.
Dermato-Syphi- ligraphe	TUCHMANN.		ABOULKER.
Embryologie	BULLIARD. COUJARD. TUCHMANN.	Pathologie chirur- gicale	BAUMANN. LORTAT-JACOB. GOSSET. LAURENCE. OLIVIER. POILLEUX. VERNE. N...
Histologie	CORNET.		MAURICE.
Hydrologie	BOYER.	Pathologie expér.	LOEPER.
Hygiène	DEPARIS.		BERNARD.
Maladies infec- tieuses	BASTIN.		BOUDIN.
Médecine légale et du travail ..	DÉROBERT. GAULTIER. HADENGUE. N...	Pathologie médi- cale	CASTAIGNE. CONTE. DOMART.
Neurochirurgie .	DAVID.		LAMOTTE.
Neurologie	LHERMITTE.		LAROCHE.

Pathologie médi- cale	{ MILLIEZ. PEQUIGNOT. PERRAULT. RAMBERT. THIEFFRY. TURIAF. N...	Physique méd. ..	{ DJOURNO. GOUGEROT.
Pédiatrie	{ JOSEPH. N... N...	Pneumo-Phtisiolo- gie	KREIS.
Pharmacologie ..	{ CHEYMOL. M ^{lle} LÉVY.	Psychiatrie	N...
Physiologie	{ BARGETON. PARROT. DEJOURS.	Psychiatrie infan- tile	MICHAUX.
		Rhumatologie ...	DELBARRE.
		Stomatologie	M ^{me} CHAPUT. CERNÉA.
		Thérapeutique ..	CHASSAGNE.
		Urologie	KUSS.

III. — PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGREGES
CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE
à titre permanent :

	MM.		MM.
Clinique chirurgi- cale	{ AMELINE. HUGUIER. LÉGER. PADOVANI. N... ROUX. RUDLER. SICARD.	Clinique médicale	{ HAGUENAU. HAMBURGER. KOURILSKY. MARCHAL. N...
Clinique médicale	{ BROUET. N... N... DREYFUS. FAUVERT.	Clinique obstétri- cale	{ ESCALLE. MAYER. N...
		Clinique ophtal- mologique	{ OFFRET. RENARD.
		Clinique urologi- que	COUVELAIRE.

Secrétaire général de la Faculté J. MOREL.
Secrétaire M^{me} CHAINTREUIL.

Conservateur, chargé de la Direction Docteur A. HAHN.
Conservateur M^{me} GOICHON.
Bibliothécaires { M^{mes} DUMAITRE, LAURENT, LE NOIR,
QUIÉVRIEUX.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

HOMMAGE DE MA PROFONDE AFFECTION

A MON PERE, A MA MERE

Dont la conception du sacrifice guidera
ma vie.

A MES FRERES, A MES SŒURS

Qui m'ont entouré de leur affection.

A MON ONCLE MOHAMED KAROUI

Qui fut à l'origine de mes études.

A TOUS LES MIENS

A TOUS MES AMIS

A MON PAYS

A MON PRESIDENT DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR VELTER

*Professeur de Clinique Ophtalmologique
de la Faculté de Médecine de Paris*

Officier de la Légion d'Honneur

Qui m'a fait le grand honneur d'accepter la présidence de cette thèse.

Respectueux hommage.

A MON MAITRE, LE DOCTEUR MONBRUN

Ophtalmologiste des Hôpitaux de Paris

Qui m'a guidé paternellement lors de
mes études et dont l'enseignement vivant
m'a laissé une profonde empreinte.

Qu'il veuille bien accepter mon affection
filiale.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR RENARD

Professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Paris

Qui m'a prodigué ses conseils en vue
de l'élaboration de cette étude.

A MONSIEUR LE DOCTEUR JACQUELIN

Médecin des Hôpitaux de Paris

Dont l'autorité bienveillante a guidé
ma thèse.

Hommage de ma reconnaissance.

A MON MAITRE, LE DOCTEUR MARCEL KALT
Ophtalmologiste des Quinze-Vingts

Témoignage de ma gratitude.

A MON AMI LE DOCTEUR MASSON
Assistant des Hôpitaux

Qui m'a soutenu de ses conseils durant
mon internat.

A MON AMI LE DOCTEUR FAKHFAKH

Sous sa vigilante garde j'ai fait mes
premiers pas en ophtalmologie.

Témoignage de mon amitié.

A MES MAITRES D'INTERNAT
A MES CAMARADES D'INTERNAT

INTRODUCTION

En 1908, Edmond JENSEN a mis en lumière un type clinique de chorio-rétinite qu'il appela chorio-rétinite juxta-papillaire.

Cette lésion généralement unilatérale, est caractérisée au début à l'ophtalmoscope par une infiltration, unique, blanchâtre, d'aspect cotonneux, légèrement proéminente de la grandeur d'une à deux papilles et siégeant près de la papille. Celle-ci est souvent œdémateuse.

Cette infection atteint en même temps la rétine et la choroïde dont les rameaux vasculaires sont en partie recouverts par l'œdème. Peu à peu celui-ci se résorbe et la masse blanchâtre disparaît et laisse un foyer de chorio-rétinite atrophique avec quelques pigments sur ses bords irréguliers. Les symptômes subjectifs consistent en une apparition brusque d'un voile suivi le plus souvent par une perception de petites taches noires fixes ou mobiles devant l'œil atteint.

Rarement le malade se plaint de sensation de fatigue, ou de douleur rétro-bulbaire.

L'acuité visuelle quelquefois n'est pas trop atteinte.

L'étude du champ visuel révèle un scotome absolu en secteur partant de la tache de Mariotte et correspond en général à la lésion. Cette lacune du champ visuel reste définitive.

La découverte de quatre cas dont un à la consultation de l'Hôpital Franco-Musulman et les trois autres à la consultation du Groupe Hospitalier Necker-Enfants Mala-

des, a incité notre Maître, M. le Docteur MONBRUN, à nous indiquer ces cas comme sujet de thèse.

Deux des quatre malades furent soumis au traitement tuberculinique par la méthode du Docteur A. JACQUELIN, médecin de l'Hôpital Necker-Enfants Malades et virent une très nette régression de leur affection et un état général meilleur.

Un autre malade n'ayant pas voulu accepter cette médication fut envoyé dans un préventorium. Enfin, le dernier après des examens radiologiques et des analyses des crachats, fut trouvé porteur d'une lésion pulmonaire évolutive avec présence de bacilles de Koch. Il est actuellement dans un service de tuberculose où il est traité à la streptomycine.

Notre but, par cette étude, est la recherche de l'étiologie, jusqu'à présent si contestée de cette affection qui nous paraît relever d'une dissémination secondaire de la tuberculose.

Nous avons consacré un premier chapitre à l'étude ophtalmoscopique et clinique.

Dans un deuxième chapitre nous discutons les éléments du diagnostic étiologique.

Dans le dernier chapitre nous envisageons le traitement et l'évolution.

CHAPITRE PREMIER

OBSERVATIONS

Nous allons passer en revue les quatre observations de M. JENSEN et celles qui ont été données par M. RENARD, celle de M. BOLLACK, et ensuite nous donnons les quatre observations personnelles.

OBSERVATIONS DE JENSEN

OBS. I. — G... E., 20 ans, s'est aperçu que depuis trois jours il ne voit plus bien de l'œil droit (sensation de voile).

Œil droit : acuité visuelle 6/9 — à l'ophtalmoscope on voit dans le corps vitré une longue opacité en forme de voile. La papille est floue, son bord supérieur est invisible et il s'en détache une infiltration d'aspect cotonneux. Le reste du fond d'œil est normal.

Champ visuel : un scotome en secteur partant de la tache aveugle.

Œil gauche : rien à signaler.

Bon état général. Un an après, l'œdème a disparu, réapparition des vaisseaux, mais persistance du scotome.

OBS. II. — M^{lle} L..., 23 ans, vient consulter pour douleur rétrobulbaire de l'œil gauche. Elle avait eu la même douleur il y a cinq ans.

A l'examen ophtalmoscopique on trouve une papille plus pâle que normalement, à son bord inférieur on remarque une infiltration blanchâtre, cotonneuse proéminente, masquant en partie le tronc vasculaire. A la partie inféro-interne du bord de l'infiltration on voit une partie marbrée. Le reste du fond d'œil est normal, pas d'opacité du corps vitré.

Champ visuel : scotome en secteur partant de la tache aveugle.

Œil gauche : fond d'œil normal et champ visuel normal. Trois mois après l'infiltration a rétrogradé ainsi que la partie marginale prenant la forme d'une ceinture de couleur marbrée. Acuité visuelle et champ visuel inchangés. Bon état général.

OBS. III. — Christian M..., 34 ans, médecin atteint de myopie, a remarqué que son œil droit se voilait.

Œil droit : A l'ophtalmoscope on remarque une opacité en forme de cordon dans le corps vitré qui semble partir du pôle postérieur. A l'angle supéro-interne de la papille, on voit une infiltration aussi grande que la papille, de forme ovale, blanchâtre, légèrement proéminente. Le long du bord nasal de la papille, le fond d'œil est marbré. Le reste du fond d'œil est normal.

Champ visuel : présence d'un scotome en forme de secteur, partant de la tache aveugle, et embrassant la moitié supérieure du cadran inféro-externe.

Œil gauche : fond d'œil et champ visuel, rien à signaler. L'état général est très bon. Le malade a été suivi pendant dix ans, pendant lesquels il a fait plusieurs rechutes.

OBS. IV. — Emil P..., 44 ans. A l'âge de six ans il avait des sensations de mouches volantes devant l'œil gauche ; quelques années après, apparition brusque d'un voile.

Œil gauche : examen ophtalmoscopique : léger trouble du vitré et une petite opacité sombre et isolée. Du bord inférieur de la papille s'étend une zone blanchâtre recouvrant une partie de l'arbre vasculaire. Le fond d'œil partout ailleurs est normal. Acuité visuelle : 6/10.

Champ visuel : scotome absolu en secteur s'étendant de la tache de Mariotte et se dirigeant directement vers le bas.

L'année suivante nouvel examen : corps vitré totalement transparent, acuité visuelle et champ visuel restent inchangés.

Œil droit : L'acuité visuelle et le fond d'œil sont normaux.

Bon état général.

OBSERVATIONS DE M. RENARD

OBS. I. — Jules V..., 30 ans. Iridocyclite discrète. Acuité visuelle de l'œil droit : 6/10 et celle de l'œil gauche : 10/10.

Sur le fond d'œil droit : on trouve une tache blanche partant de la papille. L'examen du champ visuel nous montre l'existence d'un scotome qui part de la tache aveugle.

L'examen de l'œil gauche : révèle une lésion chorio-rétinienne atrophique et pigmentée exactement symétrique de l'œil droit ; cet œil présente également un scotome absolu partant de la tache aveugle, et symétrique de celui du côté opposé.

La cuti-réaction est phlycténulaire, le tuberculin-test est positif. Ce malade présente une rétinite de Jensen à droite et des séquelles de la même affection, ancienne à gauche. Ceci est une exception à la règle de l'unilatéralité. Soulignons la symétrie des lésions aux deux yeux.

OBS. II. — Simone D..., 28 ans. Pleurésie séro-fibrineuse avec érythème noueux dix mois auparavant ; a perdu un frère et une sœur de méningite tuberculeuse. Elle vient nous voir pour une gêne visuelle de l'œil droit.

L'acuité visuelle de chaque œil est de 10/10. A l'examen du fond de l'œil on trouve une tache blanche le long des vaisseaux temporaux supérieurs, qu'elle recouvre en partie au départ de la papille. Il existe un scotome absolu partant de la tache aveugle et se dirigeant vers VI heures correspondant exactement à la lésion rétinienne.

Deux mois plus tard l'acuité est toujours de 10/10, le scotome persiste, mais la lésion rétinienne a fait place à une cicatrice chorio-rétinienne atrophique et pigmentée,

Chez ces deux malades la réaction de B.W. est négative.

OBS. III. — J. P..., 15 ans. A présenté, en 1943, une lésion oculaire qualifiée d'œdème de la papille avec rétrécissement léger du champ visuel. L'enfant fut traité par le sulfarsénol ; en quelques mois tout rentrait dans l'ordre.

En 1946, il vient nous voir pour un léger trouble visuel ; son acuité est de 10/10 à chaque œil ; il existe un œdème du nerf optique et une tache blanche œdémateuse partant du bord supéro-nasal de la papille et s'étendant le long d'un vaisseau. On trouve un scotome supéro-temporal ne correspondant pas exactement à la lésion, mais partant de la tache aveugle.

Un mois plus tard, la tache est affaissée, l'acuité reste à 10/10, le scotome s'est agrandi, englobant tout le secteur supéro-temporal.

La réaction de B.W., la cuti, l'intra-dermo-réaction demeurent négatives. La radiographie ne révèle aucune lésion pulmonaire. Il existe un syndrome agranulocytaire très discret. Actuellement les lésions sont en voie d'amélioration, l'œdème papillaire a disparu, mais le scotome subsiste.

OBS. IV. — Nicole C..., 13 ans, vient pour une baisse de vision de l'œil gauche (2/10).

Œil gauche : on découvre une tache sur la région maculaire de petites lésions atrophiques, image qu'il est classique de rattacher, malgré un B.W. négatif, à une hérédospecificité.

Œil droit : à l'examen nous trouvons un œdème de la moitié inférieure de la papille avec une petite hémorragie nasale supérieure, un chapelet de petites taches blanches exsudatives à une veine sinueuse, irrégulière et surtout un scotome large de 25 degrés supéro-temporal. Acuité visuelle : 10/10.

La cuti et l'intra-dermo-réaction sont négatives.

Deux mois plus tard l'enfant est très améliorée. L'acuité à gauche atteint 7/10, celle de l'œil droit s'est maintenue à 10/10. Les lésions ont pris un caractère cicatriciel. Le scotome de l'œil droit persiste tel qu'il était au début.

Ce dernier cas est d'interprétation difficile. Si, en effet, cette enfant appartient à une famille où la tuberculose s'est manifestée (grands-parents, oncle, et père tuberculeux), elle n'en présente aucun symptôme. En revanche, la lésion de l'œil gauche a obéi au traitement antisypilitique. Faut-il admettre que nous avons affaire aux deux yeux à deux manifestations différentes au point de vue étiologique ? C'est peu probable, étant donné leur évolution simultanée.

OBSERVATION DE M. BOLLACK (J.) et WIOZ

M^{me} B..., 27 ans, vient consulter dans le service d'ophtalmologie de l'Hôpital Tenon le 2 mars 1937 pour des troubles visuels de l'œil gauche.

Le début de ces troubles remonte à 1936 : apparition brusque d'un voile, puis de myodesopie à l'œil gauche.

A été traitée à la Fondation Rotchild, puis à Lariboisière pour une lésion du fond d'œil, dont la nature étiologique ne peut être précisée.

Examen oculaire : Pas d'atteinte du segment antérieur, pas de signes d'iritis ni de cyclite à l'examen de la lampe à fente. Très légère inégalité pupillaire, la pupille gauche est un peu plus large, légère irrégularité des pupilles, réflexes pupillaires normaux. Pas de troubles oculo-moteur.

Fond d'œil : normal à droite.

A gauche : papille coloration normale, à bords légèrement irréguliers. Il existe dans la région papillaire deux foyers chorio-rétiniens d'aspect cicatriciel, blanchâtre, très légèrement pigmentés à leur périphérie, à bords indécis, ils sont situés en arrière des vaisseaux rétinien dont les parois et le trajet semblent normaux à leur niveau.

De ces foyers, l'un, le plus petit, est situé immédiatement au-dessous de la papille dont il affleure le bord ; l'autre plus étendu, presque contigu et au-dessous du précédent, sa longueur est d'environ un diamètre et demi papillaire et il s'incline légèrement vers la région sous-maculaire en suivant la direction de la veine temporale inférieure. Pas d'œdème rétinien. Dans la région paramaculaire, en dehors de la macula existe, en outre, un petit foyer circulaire, de couleur rosée. La périphérie rétinienne est absolument normale.

Milieux transparents : quelques opacités vitréennes en petits flocons noirâtres, mais pas de trouble vitréen.

Examen fonctionnel : V. O. D. : 10/10 ; V. O. G. : 9/10, sans correction.

Champ visuel : A gauche, rétrécissement accentué portant sur toute la moitié supérieure à l'exception d'une petite zone du champ temporal supérieur (entre 90° et 60°) se terminant en bas à 10° du point de fixation ; ce scotome se continue nettement avec la tache aveugle élargie dont il semble irradier.

Angio-scotométrie : la tache aveugle est haute, d'aspect déchiqueté et se continue en haut avec un énorme scotome à limite inférieure horizontale.

Champ visuel droit normal.

Examen général : Bonne santé générale, actuellement bien réglée. Pas de stigmates d'hérédosyphilis. Réaction de Bordet-Wassermann en 1936 et deux fois en 1937 négative.

Examen pulmonaire : Rien à l'auscultation, à la radiographie, diaphragme festonné à droite, petite tache sous-claviculaire paraissant ancienne et inactive (Dr PRUVOST).

Pas d'altérations dentaires.

Dans les antécédents familiaux, on note chez une sœur élevée avec la malade une tuberculose pulmonaire ayant amené le décès à l'âge de 30 ans.

Dans les antécédents personnels, on retrouve un séjour de 4 mois en préventorium à l'âge de 16 ans ; a toujours été un peu chétive, réglée à 15 ans, a eu une interruption de règles de plusieurs mois en 1937 ; mariée à 18 ans, n'a pas eu de fausses-couches, un enfant bien portant.

Evolution : L'aspect ophtalmoscopique, l'acuité visuelle et le rétrécissement du champ visuel sont restés stationnaires depuis notre premier examen de mars 1937, jusqu'à ce jour, malgré nos études répétées ; il s'agit de lésions ne semblant plus évoluer actuellement.

Plusieurs séries de traitement arsenico-bismuthique n'ont pas amené de modifications.

L'étude de cette observation nous montre :

1° L'existence de lésions chorio-rétiniennes unilatérales bien limitées siégeant au-dessous de la papille dans son voisinage immédiat, presque apigmentées semblant être de nature cicatricielle, sans signes évolutifs actuels, sans symptômes de réaction uvéale, accompagnées seulement de quelques opacités vitréennes.

2° La coexistence de troubles fonctionnels durables qui en l'absence de l'acuité visuelle, portent exclusivement sur le champ visuel. Celui-ci présente un rétrécissement supérieur irradiant de la tache aveugle et s'étendant jusqu'aux limites extrêmes du champ malgré l'intégrité de la chorio-rétinite périphérique.

Ces caractères nous permettent de rapprocher ce cas du type de la rétino-choroïdite décrite par JENSEN.

OBSERVATIONS PERSONNELLES

Obs. I. — S... Cl., âgé de 18 ans, se présente le 22 juillet 1947, à la consultation d'ophtalmologie des Enfants Malades pour « baisse brusque » de la vision de l'œil gauche et impression de nuages noirs qui se déplacent devant cet œil.

Examen oculaire :

Œil droit : Le segment antérieur et le fond d'œil sont normaux. Le champ visuel est normal. L'acuité visuelle est égale à 10/10.

Œil gauche : Les réflexes photo-moteurs ainsi que la musculature extrinsèque sont normaux. Aucun signe de kératite ni d'irido-cyclique. La tension du globe est normale. L'acuité visuelle est inférieure à 1/20.

Champ visuel : Scotome absolu para-central et partant de la tache aveugle, et étendu entre le méridien horizontal et celui de 45°. Léger rétrécissement concentrique.

Fond d'œil après dilatation pupillaire : à l'ophtalmoscope on voit un trouble du vitré et dans la région interpapillomaculaire et tout près de la papille existe une grosse plaque blanche cotonneuse de chorio-rétinite à bords peu nets. Du bord nasal se détache un lambeau flottant verticalement ; au niveau de la lésion, les vaisseaux ne sont pas visibles.

Le reste du fond d'œil est normal.

Etude clinique : Notre malade ne s'était jamais plaint de ses yeux, mais quinze à vingt jours auparavant il avait ressenti une grande fatigue, une dépression générale. A part une sensation de picotement dans l'œil gauche il n'a jamais eu de douleur rétro-bulbaire ou péri-orbitaire. Puis apparut un voile formé de nuages noirs qui se promenaient dans tous les sens. Brusquement, quinze jours après, au réveil, il ne voyait plus de cet œil.

Examen d'état général : Nous nous trouvons en présence d'un jeune homme de taille normale (1 m. 62), pesant 51 kg., au teint pâle, sans grande force. La recherche des stigmates spécifiques est négative. A l'auscultation pulmonaire et cardiaque il n'y a rien à signaler. Les autres organes et les réflexes sont normaux.

Antécédents personnels : Enfant né à terme et de poids normal. Son enfance était chétive ; en effet, il a eu la plupart des maladies infantiles (rougeole, coqueluche, scarlatine). Amygdalectomie, circoncision pour phymosis.

A 16 ans une pleurite qui l'obligea à garder le lit pendant 25 jours, des bronchites à répétition. Devant un état général souvent déficient il fut soumis à des traitements stimulants et recalcifiants.

Antécédents familiaux : Il est fils unique et ses parents se portent bien.

Sa tante est atteinte d'un mal de Pott dorsal et sa cousine d'une tuberculose pulmonaire, le malade prétend n'avoir jamais vécu avec elle.

Examen du laboratoire : Analyse des urines : absence de sucre et d'albumine. B. W. : à deux reprises négatives. Formule sanguine, numération globulaire et temps de sédimentation sont normaux.

Radioscopie et radiologie pulmonaires : Parenchyme pulmonaire normal. Pas de signe de lésions évolutives. Légère scoliose.

Cuti-réaction : positive.

Traitement et évolution : Immédiatement, nous l'avons mis au cyanure de mercure, mais à la troisième injection, il montra une intolérance à ce médicament qui lui déclencha une fièvre à 39 degrés avec de très fortes céphalées. Nous avons arrêté ce traitement et nous avons confié notre malade à M. JACQUELIN qui lui a fait un tuberculin-test puis le soumit à la tuberculine avec des doses croissantes pendant deux mois.

Le 23 août 1947 :

O. D. V. : 10/10.

O. G. V. : 1/10. L'examen du fond d'œil montre un vitré clair, une grosse plage de choroïdite à bords précis, d'aspect marbré et sans pigment. L'étude du champ visuel : persistance du scotome en secteur. A cette date, il fut autorisé à partir en vacances à la montagne pendant deux mois. Durant ce séjour on lui supprima la tuberculine et on le soumit à des injections bi-hebdomadaires d'antigène méthylique de Nègre et Boquet.

Le 18 septembre 1947 : Etat général meilleur, reprise du poids et de l'appétit.

L'acuité visuelle est toujours de 1/10. Le fond d'œil présente la même lésion mais apparition de quelques pigments.

Au mois d'octobre de la même année : reprise du traitement à la tuberculine dont l'injection hebdomadaire atteint 1 cg. 5. Le 29 du même mois : on constate un bon état général.

L'acuité visuelle de l'œil gauche est égale à 2/10, donc amélioration sensible. Le fond d'œil est plus accentué. Réapparition nette des vaisseaux.

Depuis cette date nous avons perdu de vue notre malade.

A notre dernier examen du 10 janvier 1950, nous nous trouvons en présence d'un jeune homme de 21 ans, bien portant, de taille et de poids normaux, ayant bon appétit et en pleine force. Il nous déclare que depuis son traitement il ne souffre plus de ses bronchites et d'aucune autre maladie.

L'examen du fond d'œil nous montre que les milieux transparents sont nets ; dans la région interpapillo-maculaire, il y a un gros placard de chorio-rétinite atrophique de couleur jaune-paille parsemé de pigments. Les vaisseaux sont visibles.

L'acuité visuelle est égale à 3/10 et subjectivement disparition complète du brouillard.

OBS. II. — A. B..., âgé de 30 ans, de nationalité tunisienne, docteur en droit, s'était présenté à la consultation d'ophtalmologie de l'Hôpital Franco-Musulman de Bobigny le 10 juin 1947, pour troubles visuels de l'œil gauche depuis fin mai.

Il se plaint d'avoir devant l'œil gauche une sensation de voile et de mouches volantes. Dès le début, il a remarqué que les objets sont vus comme à travers un brouillard, leurs contours ne sont plus nets et présentent des traînées lumineuses. La lumière forte qui semble être entourée d'un halo, le fatigue. Comme il ne perçoit pas distinctement les lettres, il ne peut plus étudier.

Examen oculaire :

Œil gauche : Les réflexes photo-moteurs et la tension aux doigts du globe sont normaux. Pas de trace de trachome. Il n'y a pas de troubles oculo-moteurs ni atteinte du segment antérieur.

A la lampe à fente deux ou trois précipités à la face postérieure de la cornée.

Fond d'œil : Œdème de la papille qui présente des contours peu nets. Du côté du bord nasal inférieur de celle-ci existe une plage blanchâtre, cotonneuse, paraissant un peu surélevée recouvrant les vaisseaux et ayant une dimension de deux diamètres papillaires dans le sens de la longueur et un diamètre papillaire dans le sens de la largeur. Le corps vitré est légèrement trouble. Dans la région maculaire existence d'une petite lésion.

Acuité visuelle : 9/10.

Etude du champ visuel : Léger rétrécissement concentrique, plus accentué du côté nasal et présentant un scotome absolu d'environ 45 degrés partant de la tache aveugle.

Œil droit : Pas de trace de trachome. Présente des séquelles de kératite interstitielle.

Le fond d'œil est normal.

L'acuité visuelle 2/10 inaméliorable par les verres.

Le champ visuel est légèrement rétréci.

Examen de l'état général : Jeune homme au teint pâle, amaigri, poids 57 kg. 300, taille 1 m. 67, asthénique, anorexique, très mauvaise dentition.

Les appareils pulmonaires et cardio-vasculaire sont normaux ainsi que le foie et la rate.

Réflexes rotuliens et achilléens sont normaux.

Tension artérielle 11-7. Pas de température.

Examen radiologique : Sommets voilés surtout le gauche. Tramite des deux champs pulmonaires et hiles très chargés.

Cuti-réaction : très positive et même tendance phlycténulaire.

Examen de laboratoire :

Vernes syphilitique : O. B. W. négatif.

Gono-réaction : négative.

Glycémie : 0 g. 90 ; Azotémie : 0 g. 30 %.

Analyse des crachats même après homogénéisation : absence de B. K.

Temps de sédimentation : normal.

Numération globulaire et formule leucocytaire :

Globules rouges	4.560.000
Globules blancs	7.200
Hémoglobine	90 %
Polynucléaires neutrophiles	67
Basophiles : néant.	
Eosinophiles	1
Lymphocytes	2
Mononucléaires	1
Métamyélocytes	10

Antécédents personnels : Né à terme, poids à la naissance normal. Quelques maladies infantiles. A trois ans traumatisme de l'œil gauche et conjonctivite bi-latérale à bacille de Weecks.

Vers l'âge de 17 ans, il se plaint de phosphènes à l'œil gauche.

Amaigrissement et asthénie. Son médecin lui prescrit repos et suralimentation.

Paralysie faciale a frigore traitée par la diathermie. A vingt ans deux fortes gripes et une bronchite qui l'obligèrent à garder le lit durant plus d'un mois.

Anorexie et perte de dix kilos de son poids.

Pas de pleurésie, ni rhumatisme, ni paludisme, ni amibiase. Il n'a jamais contracté ni gonococcie, ni syphilis.

En 1947 vient à Paris en bonne santé apparente mais trois mois après état général défaillant, asthénie, manque d'appétit, cauchemars, chute de poids de 4 kilos en très peu de temps. Oppressé, un point de côté sur la ligne axillaire gauche. Ne tousse pas et n'expectore pas.

Antécédents familiaux : Père soixante-dix ans, rhumatisant et artério-scléreux.

Mère : soixante-douze ans, se porte bien, trois fausses-couches.

Cinq frères : tous myopes. L'aîné : insuffisance mitrale. Le cadet avait fait une neurasthénie à l'âge de vingt ans (du type xénophobie). Les trois autres se portent bien.

Evolution : Devant l'état de sa cuti-réaction, de son amaigrissement et de sa radiographie, nous lui avons conseillé un séjour à la clinique de pré-cure scolaire et universitaire où il est resté plus d'un mois.

A sa sortie le 11 août 1947 nous avons reçu un rapport médical ainsi libellé :

Examen ophtalmologique :

Œil droit : séquelles de kératite interstitielle. Acuité visuelle 2/10 (amblyopie par défaut d'usage).

Œil gauche : chorio-rétinite de Jensen assez typique avec une très légère lésion maculaire. Acuité visuelle : 9/10.

Pendant le séjour le malade fait quatre heures de cure par jour.

A la sortie : bon état général, poids 58 kg. 700, expectoration nulle.

Radioscopie : image thoracique normale, pas de tuberculose pulmonaire.

Le malade quitte la clinique de pré-cure pour se rendre au préventorium français en Allemagne (Forêt noire).

A sa sortie de préventorium nous avons reçu son rapport médical qui nous apprend :

Au cours de son séjour : Poids en hausse, température normale.

Constataction ophtalmologique au sanatorium allemand d'Hoechenschwand : amélioration de la lésion maculaire. Persistance de la chorio-rétinite de Jensen et de l'œdème.

L'origine bacillaire sans être certaine est très probable.

Traitement : cure de repos en plein air et alimentation substantielle. Poids 61 kg. 800. Température normale.

Radioscopie : image thoracique normale.

Le 4 février 1948, nous l'avons revu et examiné à nouveau :

Œil gauche : disparition de l'œdème papillaire ; réapparition de quelques vaisseaux. Existence d'une plage juxtapapillaire du côté nasal inférieur. Cette plage est formée d'une choroïdite atrophique de couleur blanc sale et à son bord supérieur il y a des petits amas de pigment noirâtre. L'artère nasale inférieure est transformée en un tractus blanc fibreux.

Œil droit : même état.

Le malade nous dit que les mouches volantes existent toujours mais disparition complète du brouillard. Les douleurs frontales et rétro-bulbaires sont toujours les mêmes et s'exagèrent en cas de surmenage.

Au point de vue général il se porte mieux, il est plus dynamique, meilleur appétit et poids en augmentation.

OBS. III. — M^{lle} M... G., âgée de 13 ans. Le 14 octobre 1948 est adressée à la consultation des « Enfants Malades » pour baisse de la vue de l'œil gauche, après un examen systématique de l'acuité visuelle fait à son école.

Examen oculaire : L'œil droit ainsi que l'œil gauche ne présentent pas d'atteinte du segment antérieur. Les réflexes pupillaires ainsi que la tension du globe sont normaux. Aucun trouble oculo-moteur ni de séquelles d'iritis ou d'iridocyclite.

Œil droit : est légèrement hypermétrope et avec une correction d'une demie dioptrie sa vision est égale à 10/10. Le fond d'œil ne présente aucune anomalie et le champ visuel est normal.

Œil gauche : malgré une correction d'une dioptrie son acuité visuelle est inférieure à 1/10. L'examen campimétrique nous montre un léger rétrécissement du côté nasal et surtout un scotome absolu de 30 degrés qui semble partir de la tache aveugle.

Après dilatation, le fond d'œil présente une chorio-rétinite juxtapapillaire type Jensen débordant sur la région maculaire et qui se caractérise par une tache jaunâtre arrondie de dimension d'un diamètre et demi papillaire. Son aspect est cotonneux. Tout autour, du pigment et disparition complète

des vaisseaux. A l'intérieur on remarque une petite zone de chorio-rétinite saine.

Il n'y a pas de trouble du vitré. Le reste du fond d'œil est normal.

Examen clinique : L'interrogatoire ne nous apprend rien sur l'évolution de cette lésion. La petite malade ne s'était jamais aperçue de son anomalie si ce n'était la lecture de l'échelle typographique décimale de Monoyer qui lui montra que l'œil droit a une vision normale et que l'œil gauche ne voit presque pas. Elle n'a jamais eu de douleurs oculaires, ni sensation de voile ni de mouches volantes.

Examen de l'état général : Jeune fille bien portante, nullement souffrante et conserve bon appétit. Poids 50 kg. 200, taille normale, ne tousse pas et jamais fébrile. Elle est bien réglée depuis six mois ; acrocyanose des mains, décalcification dentaire.

Nous n'avons pas trouvé de stigmates spécifiques.

L'examen de tous les appareils est normal.

Cuti-réaction : positive.

Examen radiologique : Nombreuses calcifications hilaires, parahilaires et parenchymateuses des deux côtés. Pas de lésion évolutive.

Examen de laboratoire : Absence de sucre et d'albumine dans les urines. Bordet-Wasserman : négatif.

Vernes syphilitiques : 0.

Numération globulaire et formule leucocytaire : normales.

Antécédents personnels : née à terme et de poids normal. Quelques maladies infantiles : rougeole, scarlatine. A l'âge de cinq ans, congestion pulmonaire, suivie de broncho-pneumonie. On lui avait fait un abcès de fixation à la cuisse.

A huit ans, pneumonie double, puis durant quelques mois amaigrissement, manque d'appétit, asthme et décalcification. L'enfant, aux dires de sa mère, n'est plus aussi vive. Depuis elle n'a rien eu.

Antécédents familiaux : Père se porte bien. Mère en bonne santé, opérée en 1944 pour fibrome utérin. Pas de fausses couches. Deux frères et une sœur en bonne santé. Un cousin atteint de tuberculose pulmonaire est en sanatorium mais n'a jamais été dans son entourage.

Traitement et évolution de la lésion. En présence d'une radiographie qui révèle des séquelles de primo-infection et d'une cuti-réaction fortement positive, notre Maître le Docteur

MONBRUN nous suggéra l'idée d'adresser notre jeune malade au Docteur André JACQUELIN, médecin de l'Hôpital Necker en vue d'un traitement tuberculinique. Celui-ci après un examen minutieux et un tuberculin-test qui s'est révélé positif, nous a conseillé le traitement à la tuberculine.

Le tuberculin-test consiste à injecter sous la peau à l'aide d'une seringue de Barthélemy, 1/10 de mmg de l'Alt-tuberculine de Koch dans la face externe du bras. Cette tuberculine est diluée extemporanément dans du sérum à 7 %, additionné de 0 gr. 50 d'acide phénique. Le lendemain, au point d'injection, nous avons noté un œdème rouge, douloureux, induré. Un état fébrile de 38°8, avec céphalées, et courbature.

Une très forte réaction focale : injection périkératique et congestion irienne, douleurs rétro-bulbaires vives, photo-phobie et même sensation de brouillard, choses que la malade n'avait jamais ressenties auparavant. Sept jours après on lui injecte 3/10 de mmg et on lui pose un cautère ; 24 heures après, on a une température normale mais nouvelles réactions focales assez importantes.

La troisième injection faite une semaine après était de un mmg, réaction locale importante.

La quatrième injection, faite comme d'habitude, une semaine après la troisième, était de 1/2 mmg, le lendemain douleurs périorbitaires.

A la cinquième injection qui était de 1 mmg, température normale, quel ne fut pas notre étonnement de voir l'acuité visuelle passer de 1/10 à 3/10.

A l'examen du fond d'œil nous avons retrouvé le même aspect de la lésion mais disparition complète du trouble et réapparition des vaisseaux.

Les injections sont toujours espacées d'une semaine, la sixième était de 1 mmg 5, puis hebdomadairement, une injection de 2 mmg et cela pendant quatre mois consécutifs, sans noter aucune réaction focale ni générale. Après deux mois et demi de traitement nous l'avons à nouveau examinée : œil bien calme, plus de douleur rétrobulbaire, plus de trouble, les vaisseaux sont plus nets, acuité visuelle avec + 1 V = 4/10.

Le 14 janvier 1949 : œil même aspect, acuité : 5/10.

Le 28 janvier 1949 : même état mais l'acuité est 7/10.

Au mois d'avril de la même année, à la fin du traitement, acuité visuelle avec la correction + 1 dioptrie est égale à 10/10 ; le fond d'œil présente une plage de choroïdite atrophique entourée de pigment. Le champ visuel sensiblement plus élargi mais le scotome persiste.

Au cours de ce traitement à la tuberculine nous lui avons prescrit un repos absolu et une médication reconstituante (calcium par voie rectale, huile de foie de morue, extrait hépatique).

Le poids qui était de 50 kg. 200 a passé à 57 kg. Nous ne pouvons cacher notre émerveillement devant cette résurrection spectaculaire de son acuité visuelle qui de 1/10 a passé à 10/10.

Obs. IV. — M. L... G., 27 ans, ajusteur-mécanicien, s'est présenté à la consultation d'ophtalmologie du groupe hospitalier Necker-Enfants Malades, le 10 décembre 1949 pour des troubles visuels de l'œil gauche.

Le début de cette affection remonte à une dizaine de jours par une apparition brusque de petits points noirs et sensation de fatigue de l'œil gauche.

Examen oculaire :

Œil gauche : L'examen du segment antérieur ne révèle aucun symptôme de maladie actuelle ni ancienne. La pupille et la tension du globe sont normales ; il n'y a aucun trouble oculo-moteur. A la lampe à fente il n'y a aucun signe d'iritis ni d'irido-cyclite. Absence de photophobie et de douleurs.

Fond d'œil : On constate un important œdème papillaire, toutefois on reconnaît le contour de la papille sauf dans la région nasale supérieure d'où se détache une sorte de flamme d'aspect cotonneux.

Dans cette même région et tout près de la papille on remarque une zone irrégulière de chorio-rétinite ayant une dimension de deux diamètres papillaires. Dans cette zone il y a des lésions d'aspect récent, contiguës à un large placard jaunâtre de chorioïdite atrophique semé de pigments noirs. Les vaisseaux sont en grande partie voilés.

Le reste du fond d'œil est normal.

Acuité visuelle : Le Javal indique un astigmatisme irrégulier de trois dioptries à 120°.

Après correction, l'acuité visuelle est égale à : $(120^\circ + 1,5) = 6/10$.

Etude du champ visuel : Légèrement rétréci du côté nasal et présentant un scotome absolu en secteur d'environ 15 degrés supéro-nasal.

Œil droit : Rien d'anormal à signaler si ce n'est une amblyopie par défaut d'usage due à un astigmatisme irrégulier

de plus de 5 dioptries à 105 degrés. D'où après correction, l'acuité visuelle est égale à : $(100^\circ + 2,5) = 2/10$ faible.

Le champ visuel est normal.

Etude clinique : Jusqu'à cette date le malade ne s'était jamais plaint de ses yeux sauf d'une mauvaise acuité qu'il a toujours eue. Il n'a jamais constaté ni hyperémie, ni douleurs, ni photophobie. Brusquement depuis dix jours, une sensation de brouillard suivie le surlendemain d'une perception de points noirs devant l'œil gauche.

Antécédents personnels : Enfant né à terme et de poids normal. A l'âge de deux ans il fut atteint d'une méningite dont il ne peut nous apporter aucune précision. Depuis sa plus tendre enfance, il est sujet aux rhumes et aux bronchites.

En 1940, c'est-à-dire à l'âge de 17 ans, il a eu une pleurésie droite. On lui a retiré du liquide mais il ne peut nous dire si c'était un liquide purulent. Aux dires du malade, toute sa jeunesse fut tumultueuse et malheureuse.

En 1946, il s'engage dans l'armée et fut envoyé en Indochine où il résida jusqu'en 1948. Pendant les six derniers mois de son séjour en Extrême-Orient il a été très pyrexique et a perdu plusieurs fois connaissance. La recherche des hématozoaires se montre négative, amaigrissement d'environ 5 kg. Depuis son retour, il se sent toujours fatigué, sans force, manque d'appétit, chute continue de son poids.

Au mois de juillet dernier il alla se reposer en Bretagne où il reprit un peu de poids et pesait alors 57 kg.

Il ne contracta aucune maladie vénérienne.

Antécédents familiaux :

Mère : morte à l'âge de 44 ans à l'hôpital. Nous ignorons la cause de son décès.

Père : se portait bien, mais décédé subitement à l'âge de 57 ans.

Un frère et une sœur sont morts tous les deux très jeunes à l'âge de 3 à 4 ans.

Examen de l'état général : Jeune homme au teint pâle, terne, amaigri, anorexique, taille 1 m. 70 et poids 60 kg. 200. Sa température est normale. Il tousse de temps à autre et expectore rarement.

L'examen des organes ne révèle rien de spécial. La tension artérielle est de 12/7. Un enrouement chronique. Cuti-réaction : très positive.

Examen radiologique : A droite diminution de transparence non homogène du parenchyme pulmonaire dans la région

rétro et sous-claviculaire droite reliée au hile par un faisceau de marbrures et présentant une clarté arrondie au centre de la grosseur d'un grain de café. La ligne scissurale est visible.

Examen de laboratoire : Dans les urines, absence de sucre et d'albumine.

Bordet-Wasserman : négatif.

Vernes syphilitique : 0.

Temps de sédimentation : normal.

Formule sanguine et numération globulaire : normales.

Analyse des crachats :

Recherche des B. K. A la deuxième analyse et après homogénéisation on trouve des bacilles de Koch dans le champ microscopique.

Actuellement nous l'avons transféré à l'Hôpital Broussais dans le service de tuberculose où il subit un traitement à la streptomycine.

CHAPITRE II

DIAGNOSTIC ETIOLOGIQUE

La chorio-rétinite de Jensen ne s'accompagne ni de réaction inflammatoire appréciable, ni d'atteinte du segment antérieur. Aussi c'est une chorio-rétinite exsudative. Subjectivement, elle se manifeste par des troubles visuels ; ophtalmoscopiquement par un placard de chorio-rétinite avec œdème de la papille et quelquefois trouble du vitré. Dans le champ visuel, elle présente un scotome en secteur absolu et définitif. Les chorio-rétinites exsudatives, qu'elles soient aiguës ou chroniques connaissent généralement une origine infectieuse endogène, surtout les maladies dyscrasiques tel que le diabète, le rhumatisme, la syphilis et la tuberculose.

Comme les deux premières maladies n'ont jamais été rencontrées chez les malades porteurs de cette lésion, jusqu'à présent les idées restent partagées entre la syphilis et la tuberculose.

En quoi réside la difficulté du diagnostic causal ? et quels sont les moyens actuels qui peuvent nous aider à éclaircir cette étiologie ?

Tout d'abord, nous nous trouvons en présence d'une lésion très rare survenant brusquement chez des jeunes sujets apparemment sains qui n'accusent aucun autre symptôme que celui de leurs troubles visuels, qui, souvent s'amendent sans le moindre traitement tout en laissant un placard de chorio-rétinite-atrophique, il conviendra de rechercher par tous les moyens actuels d'investigation les indices révélateurs de la syphilis et de la tuberculose.

A. — Pour ce qui est de la syphilis, les faits qui plaideront en sa faveur sont : les enfants prématurés, les malformations cranio-faciales et nasales, les déformations osseuses, le chancre syphilitique, l'hémiplégie précoce, le tabès, la paralysie générale, l'aortite, etc..

Dans les antécédents familiaux, nous devons faire une enquête très minutieuse pour savoir s'il n'y a pas eu plusieurs avortements spontanés ou des morts-nés ou des cas d'hydramnios.

Enfin, le laboratoire, grâce à la réaction de Bordet-Wasserman et de ses variantes (Hecht, Kahn, Meinike et Vernes syphilitique) si elles sont positives peuvent nous apporter d'une façon formelle l'atteinte spécifique.

B. — Quant à la recherche de l'origine tuberculeuse, notre champ d'action est plus vaste encore. Ainsi, en plus de l'examen général et de l'enquête sur les antécédents personnels et familiaux nous avons des moyens de dépistage tels que la radiographie, la cuti-réaction, l'analyse des crachats et enfin l'épreuve par le traitement tuberculinique.

1° Souvent on reconnaît une atteinte tuberculeuse par un état général déficient, un teint pâle ou terne, un manque d'appétit suivi d'un amaigrissement progressif, une petite toux sèche sans expectoration, une période d'anémie et de fièvre avec sueurs nocturnes. Enfin, une dépression générale ou nerveuse inexplicable.

2° L'interrogatoire sur les antécédents personnels ou familiaux nous révèle soit une enfance chétive, malheureuse, un surmenage ; une atteinte pleuropulmonaire, des bronchites à répétition. La notion de contagion ou de terrain doit être toujours présente à l'esprit, pour cela il ne faut pas hésiter à demander s'il n'y a pas eu atteinte de tuberculose parmi les parents et les collatéraux.

3° La radioscopie et surtout la radiologie sont des moyens plus sûrs du dépistage de la tuberculose pulmonaire. La radiographie thoracique peut révéler des cicatrices ganglionnaires ou parenchymateuses anciennes. On peut observer des images de tramite par exemple, qui sont des trabécules épais et opaques. Ces mailles d'après SERGENT seraient dues à un épaississement des espaces vaso-conjonctifs par la tuberculose interstitielle.

Si on se trouve en présence d'une primo-infection, à la radiographie elle se traduit par un nodule cicatriciel calcifié relié aux ganglions satellites par des traînées. Quelquefois une irrégularité de la coupole diaphragmatique avec symphyse du sinus costo-diaphragmatique. Si la tuberculose est fort avancée on a des images de cavernes dans le parenchyme pulmonaire.

4° Les examens de laboratoire pour la recherche de la tuberculose jouent un rôle moins important que pour la syphilis. En effet, à part l'examen des crachats pour déceler la présence des B. K., il faut rechercher l'anémie, l'énumération globulaire ainsi que le temps de sédimentation des hématies.

5° Les épreuves tuberculiniques.

La cuti-réaction consiste à déposer une goutte de tuberculine diluée au quart dans du sérum physiologique sur une scarification cutanée, elle fait apparaître, si elle est positive, une papille entourée d'érythème. A. JACQUELIN fait un tuberculin-test qui consiste à injecter sous la peau une dilution de tuberculine à 1/10 diluée dans du sérum physiologique phéniqué à 0 g. 50 %, d'abord 1/10 de mmg. Si la première injection n'a pas éveillé la réaction, il injecte, quatre jours plus tard, 1 mmg. et quatre jours après 5 mmg. La réaction qu'il appelle « réaction-syndromique d'exacerbation » apparaît entre la douzième

et la trente-sixième heure après l'injection. Cette réaction focale doit être considérée comme spécifique de la nature tuberculeuse d'une lésion. « Nous ne l'avons jamais constatée », disent JACQUELIN, TURIAF et DURANT dans les Annales d'Oculistique, tome 178, n° 11, novembre 1945, page 514 ; en dehors de ce cas en faveur duquel plaident déjà ces données étiologiques ou radiologiques. Et surtout ces cas ont répondu à la tuberculinothérapie alors que toutes les autres thérapeutiques avaient échoué. MORAVE, DESCHAMPS et ARDOUIN, qui ont interrogé le tuberculin-test dans 60 cas de tuberculose oculaire n'admettent-ils pas que l'existence d'une réaction focale oculaire à l'épreuve tuberculinique est véritablement significative de la nature tuberculeuse de la lésion ? Si le tuberculin-test est positif, le diagnostic de la tuberculose est certain (Annales d'Oculistique, T. 178, n° 11, nov. 1945, p. 490). Les réactions locales et générales qu'il provoque témoignent d'une hyperallergie locale et générale. La réaction focale apporte un document très précis puisqu'il est révélateur du siège même de la lésion. La tuberculine-réaction est spécifique puisque la tuberculine reste sans effet sur un organisme vierge de tuberculose. Donc, c'est un moyen de détection de l'infection tuberculeuse latente. Il est démontré que les sujets absolument indemnes de tuberculose ne réagissent jamais à la tuberculine et cela quelle que soit la dose employée.

Les sujets qui en sont porteurs réagissent vivement à la cuti-réaction, ils sont des sujets hyperallergiques.

6° L'épreuve thérapeutique.

Elle apporte un secours d'une extrême importance et peut être même le test confirmatif. Deux médicaments peuvent être retenus car ils sont dotés d'une action spécifique.

a) La tuberculine.

Comme les doses au début sont très faibles, elle n'agit qu'à la longue. On assiste à un état général meilleur, le malade se sent plus fort, l'appétit revient et le poids augmente. Les lésions s'amendent.

b) L'antigène-méthylque.

C'est un dérivé de la tuberculine. Il agit plus lentement encore que celle-ci. On a une amélioration progressive de l'état général et un accroissement de la résistance.

c) Enfin, la cure en montagne avec repos absolu, une suralimentation et une médication stimulante et recalcifante améliorent leur santé.

Maintenant que nous avons exposé et expliqué les moyens qui nous permettent de conclure soit à une atteinte syphilitique, soit à une imprégnation tuberculeuse, essayons de les appliquer à nos quatre malades, que nous avons suivis fort longtemps ainsi qu'à ceux de M. RENARD et à celle de M. BOLLACK.

A. — Au point de vue syphilis aucun d'eux ne présente un stigmate de spécificité hérédo-syphilitique. Leurs conformations sont normales. Les examens de laboratoires sont négatifs et dans leurs antécédents personnels et familiaux nous ne rencontrons aucun symptôme de cette affection. Un seul cas parmi ceux de M. RENARD chez lequel on retrouve une choréïdite classiquement attribuée à la syphilis et qui a régressé à la suite d'un traitement antisiphilitique. Mais l'autre présente une véritable chorio-rétinite de Jensen.

B. — Quant à la recherche de la tuberculose, sur les 9 observations ici rapportées, sauf une de M. RENARD (la troisième), aucune ne témoigne de sa présence aussi bien cliniquement, que radiologiquement ou dans les antécédents familiaux ou personnels, que thérapeutiquement.

Aussi, pour mémoire, faisons un rappel bref de ces observations.

OBSERVATIONS PERSONNELLES

OBS. I. — Jeune homme de 18 ans, au teint pâle, amaigri, enfance chétive, pleurite sèche, bronchite à répétition, tante atteinte de mal de Pott dorsal. Cousine tuberculeuse.

Cuti-réaction : positive.

Radiographie : parenchyme pulmonaire : normal.

Tuberculin-test : positif.

Après traitement tuberculinique, meilleur état général et disparition de ses bronchites.

OBS. II. — Jeune homme de 30 ans, teint pâle, chute de son poids, dépression générale.

Cuti-réaction phlycténulaire.

Radiographie pulmonaire : sommets voilés.

Tramite des deux champs pulmonaires (image de primo-infection) séjour en préventorium : reprise du poids.

OBS. III. — Jeune fille de 13 ans.

Radiographie : nombreuses calcifications hilaires et parenchymateuses (image de séquelles de primo-infection ancienne).

Cuti-réaction : fortement positive.

Tuberculin-test ; après traitement à la tuberculine, très forte réaction focale et générale. Augmente de poids, énorme récupération visuelle qui de 1/10 passe à 10/10.

Disparition de l'acryocyanose des mains.

Cousin atteint de tuberculose pulmonaire.

OBS. IV. — Jeune homme de 27 ans. Teint terne, amaigri, anorexique et asthénique. Enfance malheureuse, pleurésie. Température.

Un frère et une sœur décédés probablement de méningite tuberculeuse.

Cuti-réaction : positive.

Radiographie : diminution de la transparence des deux champs pulmonaires avec une image de pseudo-caverne dans la région sus-claviculaire droite.

Analyse des crachats : présence du B. K.

OBSERVATIONS DE M. RENARD

OBS. I. — Jeune homme de 30 ans.

Cuti-réaction phlycténulaire. Tuberculin-test : positif.

OBS. II. — Jeune fille de 28 ans.

Pleurésie séro-fibrineuse, érythème noueux.

A perdu un frère et une sœur de méningite tuberculeuse.

OBS. III. — Adolescent de 15 ans.

Un œil présente une choroïdite attribuée classiquement à la syphilis.

Cuti-réaction : négative.

Pas de lésion pulmonaire.

OBS. IV. — Enfant appartenant à une famille de tuberculeux.

OBSERVATION DE M. BOLLACK

Jeune femme chétive.

Radiographie : diaphragme festonné, petite tache sous-claviculaire paraissant ancienne et inactive.

Une sœur élevée avec la malade atteinte de tuberculose pulmonaire est décédée à l'âge de 30 ans.

Séjour dans un préventorium à l'âge de 16 ans.

A part une observation dont l'étiologie reste mystérieuse, c'est-à-dire où il n'y a ni empreinte syphilitique ni tuberculose, et la quatrième observation de M. RENARD, à notre avis les deux infections sont présentes chez le même sujet, nous sommes frappés par la présence constante de la tuberculose chez ces malades.

Une autre remarque s'impose, c'est que la chorio-rétinite de Jensen nous ne la recontrons que chez des sujets jeunes. N'est-il pas l'âge propice à la tuberculose ?

Après l'étude de ces observations, nos idées se précisent vers une étiologie tuberculeuse, d'autant plus que notre quatrième observation personnelle est une magnifique illustration de l'étiologie tuberculeuse évidente cliniquement, radiologiquement et bactériologiquement.

Ainsi, peut-être sous certaines influences, des bacilles peuvent essaimer d'une lésion primitive latente ou évolutive, de nouveaux foyers tuberculeux dans les régions les plus diverses de l'organisme. L'aspect ophtalmoscopique de certaines de ces lésions que nous avons vu évoluer se rapprochent de certains tubercules solitaires découverts au cours de primo-infection ou de tuberculose chronique et dont l'évolution est comparable. Cependant l'absence d'examen histologiques ne permet pas l'assimilation absolue (1).

(1) A ce propos voir MONBRUN (Albert) et LAVAT (Jean), ophtalmoscopie et dissémination tuberculeuse. Réunion plénière de la Société d'ophtalmologie de Paris. Novembre 1949.

CHAPITRE III

TRAITEMENT ET EVOLUTION

Dès le début de cette étude, nous avons dit que la chorio-rétinite de Jensen le plus souvent s'amende d'elle-même en laissant un placard de chorio-rétinite atrophique et cela sans aucun traitement.

Mais comme disait M. André JACQUELIN « un diagnostic serait vain s'il ne devait conduire au traitement approprié ».

De l'étude de ces observations il ressort que ces sujets affolés par leurs troubles visuels survenus brusquement sont, en réalité, des malades qui s'ignorent et que cette manifestation oculaire n'est autre qu'un des symptômes de leur imprégnation tuberculeuse qui, heureusement, en général est bénigne.

Aussi, reportons-nous, sauf pour notre malade qui présente une tuberculose évolutive avec présence de caverne, aux traitements préconisés par M. A. JACQUELIN et qui nous ont donné de très bons résultats.

I. — Tuberculinothérapie.

Son indication repose sur les résultats du tuberculin-test. S'il est positif et en l'absence de contre-indications qui sont :

- 1° Tuberculose évolutive ulcéro-caséuse.
- 2° En cas d'existence de tare hépato-rénale.

3° En cas de grossesse ou d'une infection intercurrente, il est considéré comme un test de diagnostic et impose le traitement dont l'efficacité est d'autant plus grande si les lésions sont récentes.

TECHNIQUE.

1° Voie sous-cutanée.

On emploie des doses faibles et progressives de l'Alt-tuberculine de Koch qui est diluée extemporanément dans du sérum physiologique additionné de 0 gr. 50 d'acide phénique. On utilise des solutions au 1/10, 1/100, 1/1.000 et 1/10.000.

Les doses à injecter sont variables avec chaque malade et on doit se baser sur l'intensité de chaque réaction. On peut injecter des doses qui varient de 1/10 de mg à 5 cg, espacées en général d'une semaine afin de laisser à l'organisme le temps d'éliminer les produits toxiques de la réaction.

L'injection se fait à l'aide d'une seringue de Barthélemy à la face externe du bras.

La durée du traitement est variable avec chaque malade, six mois consécutifs au moins.

2° Voie intradermique.

Basée sur la méthode allergisante. Elle emploie des doses plus faibles. C'est une cure moins active mais qui évite toute réaction focale.

3° Les scarifications.

On trace un nombre croissant de scarifications séparées les unes des autres de 2 mm et longues de 8 cm. On y applique la tuberculine brute de l'Institut Pasteur. La dose absorbée est imprécise et peut amener des accidents.

LE CAUTÈRE.

Sur la face antéro-externe du bras gauche, on place

pendant 36 à 48 heures un petit visicatoire rond de 2 cm de diamètre. Un phlyctène se forme dont la couche épidermique est excisée. Sur la face dermique mise ainsi à nue on dépose un peu de pommade épispastique du codex destinée à empêcher la cicatrisation de la peau.

Le rôle du cautère :

1° Une action excrétoire des substances toxiques.

2° Une action leucocyto-thérapique : il se produit une leucocytose et une polynucléose locale susceptibles d'entraîner un remaniement de la formule leucocytaire.

II. — Antigène méthylique de Boquet et Nègre.

A une action plus lente, plus régulière que la tuberculine. Ses contre-indications sont moins nombreuses que la tuberculine.

TECHNIQUE :

Injectons bi-hebdomadaires d'antigène dilué, de l'Institut Pasteur, en commençant par la dose de 2/10 de cm³ et en élevant à chaque injection la dose de 1 à 2/10 de cm³ jusqu'à 1 cm³. Puis injections hebdomadaires d'antigène pur en suivant la même progression jusqu'à 1 cm³ ou même 2 cm³. Repos 6 à 8 semaines et cure de consolidation de même type.

III. — Médications adjuvantes.

A cette médication spécifique, nous ordonnons au malade des extraits hépatiques, du gluconate de calcium, une bonne nourriture, repos.

Toutefois, quand il est possible, nous conseillons une cure en haute montagne.

Résultats.

Nous ne pouvons que nous réjouir de ces traitements qui ont donné à nos malades une amélioration nette de leur état général et même de la résurrection de l'acuité visuelle qui, chez un de nos malades, est passée de : 1/10 à 10/10.

CONCLUSIONS

L'étude de nos observations personnelles et de celles recueillies dans la littérature permettent de penser que la chorio-rétinite de Jensen est une manifestation tuberculeuse.

On devra, par tous les moyens clinique et du laboratoire, préciser dans la mesure du possible cette étiologie.

Dans nos quatre observations personnelles nous avons pu établir nettement que la tuberculose était en cause. Et, cela, en nous basant sur les constatations suivantes : le jeune âge des malades, âge propice à la tuberculose, leur état général, leurs antécédents personnels et familiaux, la cuti-réaction, les examens radioscopiques et radiographiques, la recherche des bacilles de Koch dans les crachats, le tuberculin-test et enfin l'effet salutaire de la tuberculinothérapie ou des cures climatiques sur l'état général et sur l'évolution de la lésion.

L'étiologie étant établie on pourra écarter le traitement antisyphilitique qui était, dans ces dernières années, trop souvent employé dans les affections chorio-rétiniennes d'origine indéterminée et instituer une thérapeutique appropriée.

Le Président de Thèse :
F. VELTER.

Le Doyen :
L. BINET.

Vu et permis d'imprimer,

Le Recteur de l'Académie de Paris :
J. SARRAILH.

BIBLIOGRAPHIE

- ABRAHAM. — Chorio-rétinite juxtapapillaire (Jensen). *Arch. of Ophtal.*, octobre 1932, p. 503.
- ABRAHAM (S.-V.). — Rétinochoroiditis juxtapapillaris Jensen. *Arch. Ophtal.*, p. 452, oct. 1929.
- APPLEMAN. — Rétino-choroiditis juxtapapillaris. *Ann. Opht.*, 23, p. 425-1914.
- BENCINI. — Boll, oct. 1935.
- BOLLACK (J.) et WIOZ. — Sur un cas de rétinio-choroïdite juxtapapillaire avec rétrécissement du champ visuel en secteur supérieur. *Bulletin de la Société Ophtalmologie*, 1938.
- BOSSALINO. — Choroïdite de Jensen. *Ar. di. Ott.* Janvier 1936.
- GROES-PETERSEN. — Retinochoroiditis de Jensen. *Klin. Monatsbl. f. Augenh.* 50.159, 1912.
- JACQUELIN (A.). — Les tuberculoses atypiques. Fréquence. Polymorphisme. Traitement. Masson, 1935.
- JACQUELIN, TURIAF, DURAND. — Les tuberculoses oculaires dans le cadre des tuberculoses atypiques. Tests tuberculiniques. Tuberculinothérapie. *Soc. d'Oph.* Paris, nov. 1945. *Ann. d'Oc.* nov. 1945, t. 178, p. 11.
- JACQUELIN (A.), TURIAF (J.) et BERGERON (A.). — La réaction locale de retour et la réaction syndromique. *Sem. Hôp. Paris*, 28 Av. 1947.
- JENSEN (E.). — Retino choroiditis juxtapapillaris. *Arch. f. Oph.* 69, p. 41, année 1908. Morase.
- MORAX (P.-V.), DESCHAMPS (J.-L.) et AROBIN (M.). — Remarques diagnostiques et thérapeutiques sur la tuberculose oculaire. *Soc. d'Oph. Paris*, nov. 1945. *Ann. d'Oc.* nov. 1945, t. 178, p. 11.
- NÈGRE et BOQUET. — Antigenothérapie de la tuberculose par les extraits méthyliques de bacille de Koch. *Pres. Méd.* n° 16, 23 fév. 1927.
- MONBRUN (A.) et LAVAT (J.). — Ophtalmoscopie et dissémination tuberculeuse. *Réun. Plein. Soc. Opht.* Paris, nov. 1949.

- PAVIA. — *Rev. Ophtalmo.* t. 8, année 1933, p. 317-327.
- RENARD (G.). — A propos de tuberculose oculaire : la rétinite de Jensen. *Pres. Méd.*, 4 juin 1947, p. 376.
- TRAITÉ D'OPHTALMOLOGIE. — T. 5, p. 458. Chorio-rétinite juxta-papillaire de E. Jensen.
- VERHOEFF (F.-H.). — A case of syphilitic retinochoroiditis juxta-papillaires with microscopic examination. *Tr. Ann. Ophth. Soc.* t. 14, p. 568, an. 1916.

